



**Este es solo un resumen.** Si desea conocer más detalles acerca de su cobertura y costos, puede consultar los términos completos en la póliza o el documento del plan ingresando a [www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me) o llamando al [1-888-815-6446].

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	<b>\$200 Individual / \$400 Familiar, por año del beneficio.</b> El deducible no se aplica a los copagos, a los servicios médicos domiciliarios y en consultorio para obtener atención primaria, a los servicios médicos domiciliarios y en consultorio para obtener atención especializada, a los medicamentos recetados, a los servicios de salud preventiva, a los servicios de atención de urgencia y a los servicios de oftalmología pediátrica.	Debe pagar todos los costos hasta el <b>monto del deducible antes de que este plan comience a pagar</b> los servicios cubiertos que usted usa. Consulte su póliza o documento del plan para saber cuándo comienza de nuevo el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte al cuadro que comienza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos luego de que alcanza el <b>deducible</b> .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no debe alcanzar deducibles para servicios específicos; no obstante, consulte el cuadro que comienza en la página 2 para conocer otros costos por los servicios que cubre este plan.
¿Existe un <b>límite de pago por cuenta propia</b> de mis gastos?	Sí. <b>\$650 Individual / \$1,300 Familiar</b>	El <b>límite de pago por cuenta propia</b> es lo máximo que usted puede pagar durante un período de cobertura por su parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos y el coseguro se aplican al límite de pago por cuenta propia. Este límite contribuye con su plan en relación con los gastos por atención médica.
¿Qué no se incluye en el <b>límite de pago por cuenta propia</b> ?	La prima, el saldo de los cargos facturados y los servicios de atención médica no cubiertos por este plan.	Incluso si usted paga estos gastos, no cuentan para el <b>límite de pago por cuenta propia</b> .
¿Existe un límite anual general respecto de lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe de qué modo el plan y usted pagarán por los servicios cubiertos <i>específicos</i> .
¿Este plan utiliza una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, consulte <a href="http://www.caresource.com/just4me">www.caresource.com/just4me</a> o llame al 1-888-815-6446.]	Si usa un doctor u otro <b>Proveedor</b> de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o todos los costos por los servicios cubiertos. Sepa que su doctor u hospital dentro de la red pueden recurrir a un <b>Proveedor</b> fuera de la red para proporcionar ciertos servicios. Los planes usan el término dentro de la red, <b>Preferido</b> o participante para referirse a los <b>Proveedores</b> que participan en la red. Consulte el cuadro que comienza a continuación para saber de qué modo este plan paga diferentes tipos de <b>Proveedores</b> .
¿Necesito una derivación para consultar a un <b>especialista</b> ?	No.	Usted puede consultar a un <b>Especialista</b> de la red a elección, sin solicitar el permiso del plan.
¿Existen servicios que no cubre mi plan?	Sí.	Ciertos servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional acerca de los <b>Servicios excluidos</b> .

Consultas: [www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me) o llame al [1-888-815-6446].

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me) o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Números de control de OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146 Divulgado el 23 de abril de 2013 (corregido)



- Los **copagos** son montos en dólares fijos (por ejemplo, \$15) que usted paga por atención médica cubierta, por lo general cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **monto permitido** por el servicio. Por ejemplo, si el monto **permitido del plan** por una estadía de una noche en el hospital es de \$1,000, su pago en concepto de **coseguro** equivalente al 20 % sería de \$200. Esto puede variar en el caso de que no haya alcanzado su **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en el **monto permitido**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más que el monto permitido, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por una estadía de una noche y el **monto permitido** es de \$1,000, es posible que usted deba pagar la diferencia de \$500. (Esto se denomina **facturación del saldo**.)
- Este plan puede incentivarle a recurrir a **proveedores** de la red al cobrarle montos por **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Límites y excepciones
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención primaria</b>	Visita para obtener atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0/visita.	Sin cobertura.	<b>Sin deducible.</b> Usted solo paga el <b>copago</b> .
	Visita al especialista	\$0/visita.	Sin cobertura.	El plan cubre el 100 % del <b>monto permitido</b> que exceda el <b>copago</b> . El <b>copago</b> está exento cuando el único cargo es en concepto de inyecciones/suero para tratar alergias. Si usted obtiene servicios, además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen <b>copagos</b> , <b>deducibles</b> o un <b>coseguro</b> adicionales.
	Visita al consultorio de otro profesional/quiropático	0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	Terapia de manipulación limitada a 12 visitas por año del beneficio.
	Atención/examen/inmunización preventiva	Sin cargo.	Sin cobertura.	Los servicios deben satisfacer los requisitos de conformidad con la legislación federal y estatal.
<b>Si debe realizarse una prueba</b>	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	
	Estudios mediante imágenes (Tomografía computada (TC), exploración por tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética (MRI))	\$150/procedimiento luego del deducible	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Medicamentos preventivos	Venta minorista: \$0 de copago Pedido por correo: Copago de \$0.	Sin cobertura.	

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

# CareSource Just4Me Healthcare with Heart (Silver 3)

Período de cobertura: 01/01/15 – 12/31/15

Resumen de beneficios y de cobertura: Qué cubre este plan y qué cuesta

Cobertura: Individual | Tipo de plan: HMO

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Límites y excepciones
<b>Si usted necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección</b>  de la <b>cobertura de un medicamento recetado</b> disponible en <a href="http://www.caresource.com/just4me">www.caresource.com/just4me</a>	Medicamentos genéricos	Venta minorista: \$0 de copago Pedido por correo: Copago de \$0.	Sin cobertura.	No existe <b>deducible</b> para la cobertura de <b>medicamentos recetados</b> . Solo paga el <b>copago /coseguro</b> . Venta minorista: un suministro de hasta 31 días. Pedido por correo: un suministro de hasta 90 días. Ciertos medicamentos requieren una autorización previa. Es posible que se le exija que use medicamentos de costo más bajo antes de recibir los beneficios en virtud de su póliza que se encuentran disponibles para ciertos medicamentos recetados.
	Medicamentos de marca preferidos	Venta minorista: \$5 de copago Pedido por correo: \$12,50 de copago	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Venta minorista: \$20 de copago Pedido por correo: \$50.00 de copago	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad	Coseguro equivalente al 25 % (venta minorista y pedido por correo)	Sin cobertura.	
<b>Si debe realizarse una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de la institución (por ej., centro quirúrgico ambulatorio)	0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/del cirujano	0 % de coseguro luego del deducible	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	\$300/visita luego del deducible	\$300/visita luego del deducible.	El <b>copago</b> está exento si se le admite directamente al hospital desde el Departamento de emergencias.
	Transporte médico de emergencia	0 % de coseguro luego del deducible	0 % de coseguro luego del deducible	Se requiere autorización previa para traslado aéreo o por agua o para recibir servicios de salud que no se consideran de emergencia.
	Atención de urgencia	\$0/visita	\$0/visita	Si usted obtiene servicios, además de atención de urgencia, es posible que se apliquen copagos, deducibles o un coseguro adicionales.
<b>Si está internado en un hospital</b>	Tarifa de la institución (por ej., habitación del hospital)	\$300/estadía	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/del cirujano	10 % de coseguro luego del deducible	Sin cobertura.	Ninguna.

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
 ADVSBC-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

# CareSource Just4Me Healthcare with Heart (Silver 3)

Resumen de beneficios y de cobertura: Qué cubre este plan y qué cuesta

Período de cobertura: 01/01/15 – 12/31/15

Cobertura: Individual | Tipo de plan: HMO

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Límites y excepciones
<b>Si tiene necesidades respecto de la salud mental, la salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios de salud mental/conductual	\$0/visita, para las visitas al consultorio y 0 % de coseguro luego del deducible por otros servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa para todas las estadías como paciente internado, para los programas de internación parcial y para los servicios ambulatorios intensivos.
	Servicios para pacientes internados de salud mental/conductual	\$300/estadía luego del deducible.	Sin cobertura.	
	Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por uso de sustancias	\$0/visita, para las visitas al consultorio y 0 % de coseguro luego del deducible por otros servicios para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	
	Servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias	\$300/estadía luego del deducible.	Sin cobertura.	
<b>Si está embarazada</b>	Atención prenatal y posnatal	Copago de \$0.	Sin cobertura.	El copago cubre la visita inicial al médico y todas las visitas prenatales siguientes, las visitas posnatales, los cargos por el parto realizado por el médico, según la Tarifa global por maternidad. Es posible que se apliquen copagos, deducibles o un coseguro adicionales, dependiendo de los servicios prestados además de la Tarifa global por maternidad.  Su costo solo por servicios como paciente internado. Consulte los cargos anteriores por el parto realizado por el médico.
	Parto y todos los servicios como paciente internado	\$300/estadía luego del deducible.	Sin cobertura.	Su costo solo por servicios como paciente internado. Consulte los cargos anteriores por el parto realizado por el médico.

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

# CareSource Just4Me Healthcare with Heart (Silver 3)

Resumen de beneficios y de cobertura: Qué cubre este plan y qué cuesta

Período de cobertura: 01/01/15 – 12/31/15

Cobertura: Individual | Tipo de plan: HMO

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Su costo si usa un proveedor de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Límites y excepciones
<b>Si necesita ayuda para la recuperación o tiene alguna otra necesidad de salud especial</b>	Atención médica en el hogar	0 % de coseguro luego del deducible	Sin cobertura.	Limitado a cien (100) visitas combinadas por año del beneficio.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$0 para terapia física (PT)/terapia ocupacional (OT). Todos los demás, 0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	El límite de veinte (20) visitas se aplica a cada una de las sesiones para terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación pulmonar. Límite de treinta y seis (36) visitas para rehabilitación cardíaca. Límite de doce (12) visitas para manipulación manual de la columna. Se aplican límites para la atención médica domiciliaria cuando los servicios se prestan en el hogar.
	Servicios de habilitación	0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	Los servicios de habilitación están sujetos a los límites de visitas descritos en “Servicios de rehabilitación”, que constituyen un límite combinado para los Servicios de Habilidadación y Rehabilitación.
	Servicios de enfermería especializada	\$100/estadía luego del deducible.	Sin cobertura.	Cualquier combinación de beneficios para los servicios del centro de enfermería especializada/centro para pacientes internados se limita a noventa (90) días por año calendario.
	Equipo médico permanente	0 % de coseguro luego del deducible.	Sin cobertura.	Es posible que se requiera autorización previa
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo.	Sin cargo.	Se requiere autorización previa. Este beneficio no está sujeto al deducible.
<b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen oftalmológico	Sin cargo.	Sin cobertura.	Límite de un examen oftalmológico de rutina por año del beneficio.
	Anteojos	Sin cargo.	Sin cobertura.	Límite de 1 par de anteojos por año del beneficio y 1 par de repuesto si se considera médicamente necesario.
	Control odontológico	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura para el control odontológico.

Consultas: [www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me) o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me) o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.

ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan NO cubre** (Esta lista no es completa. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información acerca de otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Audífonos para adultos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU:
- Atención podiátrica de rutina
- Programas para perder peso

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [[1-888-815-6446](tel:1-888-815-6446)]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [[1-888-815-6446](tel:1-888-815-6446)] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

**Otros servicios cubiertos** (Esta lista no es completa. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios.)

- Atención por parte de un quiropráctico
- Tratamiento de la infertilidad

## Sus derechos a gozar de una cobertura continua:

La legislación federal y estatal puede proporcionar protecciones que le permiten mantener esta cobertura del seguro de salud siempre que usted pague su prima. Existen excepciones; no obstante, como si:

- Usted cometió fraude.
- El asegurador deja de ofrecer los servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos a gozar de una cobertura continua, comuníquese con el asegurador al 1-888-815-6446. Además, también puede comunicarse con el Departamento de seguros al 1-800-595-6053.

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

## Sus derechos a presentar reclamos y apelaciones:

Si usted tiene un reclamo o no está satisfecho con una negación de la cobertura para los reclamos presentados en virtud de su plan, puede **apelar** o presentar un **reclamo**. Para consultas acerca de sus derechos, sobre este aviso o para solicitar asistencia, puede comunicarse al 1-800-595-6053.

## ¿Esta cobertura proporciona cobertura mínima esencial?

La Ley de Atención Económica (*Affordable Care Act*) exige que la mayoría de las personas cuenten con cobertura de atención médica que califique como “cobertura mínima esencial”.

**Este plan o la póliza proporcionan la cobertura mínima esencial.**

## ¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Económica establece un estándar de valor mínimo de los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo equivale al 60 % (valor actuarial). **Esta cobertura de salud no cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

—————*Para consultar los ejemplos acerca de cómo este plan puede cubrir los costos para un ejemplo de situación médica, consulte la página siguiente.*—————

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan puede cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para saber, en general, qué protección financiera podría obtener un ejemplo de paciente si cuenta con cobertura bajo diversos planes.



### Esto no es un calculador de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención real que usted recibe diferirá de estos ejemplos, al igual que el costo de dicha atención.

Consulte la página siguiente para obtener información importante acerca de estos ejemplos.

### Tener un bebé

(Parto normal)

- **Monto adeudado a los proveedores: \$7,540**
- **El plan paga: \$6,890**
- **El paciente paga: \$650**

#### Ejemplos de costos de atención:

Cargos hospitalarios (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos hospitalarios (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$650</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2

(mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- **Monto adeudado a los proveedores: \$5,400**
- **El plan paga: \$5,120**
- **El paciente paga: \$280**

#### Ejemplos de costos de atención:

Recetas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Visitas y procedimientos en	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otros preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$280</b>

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-6446]

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.  
ADVSBC-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp

## Preguntas y respuestas acerca de los Ejemplos de cobertura:

### ¿Cuáles son algunos de los supuestos detrás de los Ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de atención se basan en promedios nacionales suministrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*) y no son específicos de un área geográfica en particular o plan de salud.
- La afección del paciente no era una afección excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos por ningún miembro cubierto por este plan.
- En el ejemplo, los gastos que se pagan por cuenta propia se basan únicamente en el tratamiento de la afección.
- El paciente recibió toda la atención de parte de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido atención de parte de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido mayores.

### ¿Qué muestran los Ejemplos de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de cobertura ayuda a entender cómo se suman los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. También le ayuda a ver qué gastos quedan pendientes hasta que pague, debido a que el servicio o el tratamiento no están cubiertos o el pago es limitado.

### ¿Los Ejemplos de cobertura predicen mis propias necesidades de atención?

- ✗ **No.** Los tratamientos ilustrados son solo ejemplos. La atención que usted recibiría por esta afección podría ser diferente basándose en las recomendaciones de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

### ¿Los Ejemplos de cobertura predicen mis necesidades de atención futuras?

- ✗ **No.** Los Ejemplos de cobertura **no** son calculadores de costos. No puede usar los ejemplos para calcular los costos para una afección real. Son solo a los fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes dependiendo

de la atención que usted recibe, los precios que cobran sus **proveedores** y el reembolso que permite su plan de salud.

### ¿Puedo utilizar los Ejemplos de cobertura para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted analice el Resumen de beneficios y de cobertura de otros planes, descubrirá los mismos ejemplos de cobertura. Al comparar los planes, marque el casillero “El paciente paga” para cada ejemplo. Cuanto menor sea el número, el plan le proporcionará mayor cobertura.

### ¿Existen otros costos que deba considerar al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que usted paga. Por lo general, cuanto menor sea su prima, más costos por cuenta propia, como **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe considerar los aportes a las cuentas, como las cuentas de ahorros para la salud (HSA, en inglés), las cuentas para arreglos de gastos flexibles (FSA, en inglés) o las cuentas de reembolso para la salud (HRA, en inglés) que ayudan a pagar los gastos por cuenta propia.

Consultas: [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llame al [1-888-815-

Si no tiene claro los conceptos en negrita que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede visualizar el Glosario en [[www.caresource.com/just4me](http://www.caresource.com/just4me)] o llamar al [1-888-815-6446] para solicitar una copia.

Cobertura disponible en los condados de Boone, Campbell, Grant, Kenton y Pendleton.

ADVSBK-KY001(2015)-B-Silver 3 NKY KY-EXCM-40-sp